Aus der Privatklinik von Prof. Dr. L. Fraenkel, Breslau

Gravidität nach beiderseitiger Ovariotomie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie bei der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

ISIDOR GAWLICZEK

Arzt

aus Breslau

Breslau 1926

Buch- und Offsetdruckerei Schles. Volkszeitung G. m. b. H., Breslau 1

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

Berichterstatter: Professor Dr. Fraenkel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gravidität nach beiderseitiger Ovariotomie.

Zum Zustandekommen einer Gravidität ist bei der Frau in erster Linie ein normal funktionierendes Ovarienparenchym nötig. Hat eine Konzeption stattgefunden, dann finden wir an Stelle des ausgestoßenen Eies das zu seiner Implatation nötige corpus luteum vor. Die Wirkung des corpus luteum ist nach der Meinung eines Teiles der Forscher etwa für die ersten 3 Monate unentbehrlich. Andere Forscher, darunter auch L. Fraenkel selbst, geben eine noch kürzere Zeit an. Wird z. B. nach dieser Zeit eine Exstirpation beider Ovarien — also auch des dazugehörigen corpus luteum — vorgenommen, dann kann die Gravidität bis zur Geburt weitergehen. Man hat vielfach die Erfahrung gemacht, daß auch bei krankhaft veränderten Ovarien, solange auch nur geringe Reste gesunder Ovarialsubstanz vorhanden waren, eine Gravidität eingetreten ist. Wenn man in einem solchen Falle zu operieren hat, dann braucht man keineswegs die ganzen Ovarien zu exstirpieren; bei Degenerationen benigner Art ist es ebenso zweckmäßig wie wünschenswert, etwas Ovarial-Stroma zurückzulassen, um der Frau die Menstruation und vor allem die Konzeptionsmöglichkeit zu erhalten; damit verhindert man gleichzeitig den Eintritt von Ausfallserscheinungen, was von nicht minderer Bedeutung ist. Aus diesen Erwägungen heraus wurde ein Fall in der Privatklinik von Professor Fraenkel, Breslau, operiert. Der Krankengeschichte entnehmen wir folgendes:

Vor 4 Jahren eine Entbindung, die glatt verlief; Kind 7 Monate lang gestillt. Es hatte nach der Geburt

keine entzündeten Augen. Die Menses waren regelmäßig. Patientin wurde 1919 von einer Frauenärztin wegen einer linksseitigen Zyste mit Tampon behandelt. Sie kommt mit Klagen über Schmerzen in der linken Nierengegend; sie war früher stets gesund. Anamnese über Heredität o. B. Letzte Regel vor 8 Tagen, nachdem vorher zweimal 14tägige Blutung gewesen war.

Ziemlich große, fettleibige Frau von starkem Knochenbau und desgleichen Muskulatur. Hautfarbe zeigt gesunde Röte. Innere Organe gesund. — Bei vaginaler Untersuchung fühlt man links hinter dem etwas nach hinten gedrängten Uterus eine kindskopfgroße, pralle, zystische Geschwulst, mit Stiel nach links. Auch das rechte Ovarium ist zu Hühnereigröße verdickt fühlbar, von derber Konsistenz. Die Operation wird in folgender Weise ausgeführt: Es wird ein suprasymphysärer Hautfaszienquerschnitt angelegt, wegen der sehr starken Bauchdecken (3—4 cm) und wegen der Größe des Tumors, etwa 15 cm lang. Auch findet man ein starkes, retrovesikales Fettgewebe. Der größere retro-uterine linke Tumor erweist sich als Ovarial-Zyste, neben der nur wenig normales Ovarialgewebe erhalten ist. Er läßt sich leicht vor die Operationswunde herausluxieren; Abtragung unter Belassung eines kleinbohnengroßen Stückes Ovarialsubstanz. Die Art. spermatica wird doppelt in continuitate unterbunden; die Wundränder (Lig. suspensorium, lig. latum und Ovarialrest) werden durch Einzel-Katgutnähte vereinigt. Am rechten Ovarium findet sich am lateralen Pol, etwas nach innen gelegen, eine hühnereigroße Zyste. Um der Frau das Ovarium zu erhalten, wird versucht, diese Zyste aus der Ovarialsubstanz isoliert zu

enukleieren. Da sie dabei einreißt, wird ihre Membran nach Möglichkeit entfernt, das Wundbett mit Katgut-Knopfnähten vernäht. Der Inhalt war klar — serös. Der Wurmfortsatz zeigt seröse Verdickung mit starker Gefäßinjizierung. Er wird daher entfernt. Ventrifixur durch linke Uteruskante. Die Tuben sind gesund und werden von der Operation nicht berührt. Ascites nicht vorhanden. Bauchdeckennaht in 4 Etagen. Die 3 unteren meist fortlaufend Katgut, für die Haut Klammern. Dauer 40 Minuten. Weiterer Verlauf o. B., Heilung per primam. — Präparat: Kleinkindskopfgroße, einkammerige Zyste mit dünner Wandung. Unter dem Mikroskop sieht man: dünne Wand, deren Bindegewebszellen stark in die Länge gezogen waren. Die Innenseite trägt kleine und große Papillen, mit einem einschichtigen, teils zylindrischen, teils kubischen Epithelbelag. Nirgends Epithelstränge oder Nester. Auch das Bindegewebe der Papillen sieht regelmäßig und normal aus. In dem den entfernten Zysten anhängenden Gewebe ist nirgends Ovarialsubstanz zu finden. Die Operation erfolgte am 31. 10. 1922, letzte Periode Ende April 1923, Konzeption Mitte Mai. Bei der letzten Untersuchung am 31. 12. 1923 wurde eine Gravidität von 34 Wochen festgestellt.

Wir sehen also, daß in diesem Falle der Operateur in recht schonender Weise vorgegangen ist. Da die Tumoren nicht bösartig zu sein schienen, — konservatives Vorgehen mit Erhaltung von Ovarialsubstanz auf beiden Seiten, und als Folge hiervon — Gravidität.

Auch in der Literatur finden wir eine ganze Anzahl von Fällen, in denen bei der Operation in derselben und ähnlichen Weise vorgegangen wurde und mit

demselben Erfolg. Der Zeitfolge nach hat Pippingskjöld als erster die Operation in 4 Fällen mit dem Erfolge ausgeführt, daß nachher noch eine Gravidität eingetreten ist. In dem Falle vom 27. 7. 1877 wurde „eine multilokuläre Zyste mit kolloidem Inhalt entfernt. An dem anderen Ovarium wurden 6 kleine Zysten mit galvanokaustischem Messer geöffnet und destruiert. Operation und Verlauf normal. 3. Nov. 1878 leichte Geburt nach normaler Schwangerschaft. Ein analoger Fall wurde am 25. 6. 1878 operiert. Auch hier wurden einige kleine Zysten destruiert. Im folgenden Monat traten Menses ein, und am 26. 4. 1879 wurde ein Kind von 4,8 kg Gewicht geboren." An einer anderen Stelle wird berichtet: „Pippingskjöld sah nach zwei einseitigen Ovariotomien, bei welchen Zysten im anderen nicht entfernten Ovarium mit dem Galvanokauter resp. ferrum candens kauterisiert worden waren, dennoch Schwangerschaft und Geburt eintreten, letztere einmal 15, das andere Mal 12 Monate nach der Operation."

Größere Erfahrung auf diesem Gebiete scheint Pozzi zu besitzen, der bis 1897 im ganzen 62 Patientinnen in oben genannter Weise operiert hat; „bei 8 mußte eine zweite radikale Operation vorgenommen werden; von 48 waren 33 lange Zeit nach der Operation gänzlich geheilt; nur 7 erklärten, daß ihnen die Operation keinen großen Nutzen gebracht. Von 48 Kranken wurden 12 wieder schwanger." Zur Methode wird hier noch bemerkt: „Pozzi zerstört mit dem Thermokauter die Cystenwandungen; bei der ödematösen Form der mikrozystischen Oophoritis bringt er eine Spaltung — eine Hemisektion — in Anwendung, mit nachfolgender Ignipunktur der sich darbietenden Zysten. Tiefe und oberflächliche Ignipunktur." In neuerer Zeit wird diese Operations-

methode gar nicht geübt, obwohl, wie man aus dem Resultat ersehen kann, diese alte und erste Methode keineswegs schlechter zu sein scheint als die von Schronder oder Menge angegebene, von denen noch die Rede sein soll. Übrigens hat Pozzi nicht nur die eine Methode geübt; neben der Ignipunktur hat er ebenso oft die Resektionsmethode angewandt, und mit gleichgutem Erfolge. Pozzi verurteilt eine bedingungslose Kastration der Frau, wo doch bei chronischer Oophoritis und bei kleinen Geschwulstbildungen die Resektion und Ignipunktur teilweise an deren Stelle kommen kann und die Gutartigkeit dieser Operation erwiesen ist.

Die Methode der Resektion ist von Schroeder zuerst publiziert worden in einem Vortrag der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Berlin im Jahre 1884. Er brachte auch Abbildungen, an denen er sein Vorgehen demonstrierte. Sitzt der Tumor an einem Pol oder überhaupt an der Peripherie, so daß Tumor und gesundes Ovarialstroma isoliert sind, dann wird einfach der Tumor abgetragen und die Wundfläche vernäht. Sitzt die Geschwulst, wie z. B. im anderen Falle, mitten im Parenchym, dann wird sie keilförmig exzidiert und die Wundränder werden vernäht. — Schroeder ist nicht in der glücklichen Lage gewesen, einen Fall aufweisen zu können, bei dem die Operation mit dem Erfolge einer Konzeption und Geburt gekrönt gewesen wäre. Dafür konnte Martin auf dem Gynäkologenkongreß zu Breslau über ein idealeres Resultat jener Methode berichten. Er sagt im Verlaufe der Diskussion: „. . . Jedenfalls geht aber aus meinen 24 Fällen und denen von Pozzi hervor, daß die Kranken nicht nur ihre Menstruation behalten haben, sondern auch durchweg von den Beschwerden, welche ihnen vorher dieselbe verursachte,

befreit worden sind. Der dritte Teil der von mir so Operierten ist nachher schwanger geworden, und zwar hatten von den acht fünf vorher noch nicht konzipiert." — Hier erwähnt Martin auch Schatz, der „einmal unabsichtlich, seitdem öfter mit Absicht über der Ligatur einen schmalen Streifen Ovarialgewebe zurückgelassen habe. Einmal war Schwangerschaft danach erfolgt."

So finden wir also, daß die konservative Methode der Ovariotomie immer mehr an Boden gewinnt, daß immer wieder neue Autoren für diese Methode eintreten. Ferner zitiert Martin an dieser Stelle auch P. Müller, der auf diesem Gebiete ebenfalls konservativ vorging, und der „die Ignipunktur für die Zerstörung kleiner Zysten als das einfachere Verfahren der sog. Resektion entgegenstellt." (Ausführliche Berichte über die Erfolge an Hand von Fällen waren in der Literatur nicht zu finden.)

A. Sippel bringt im Zentralblatt für Gyn. einen Beitrag zur Kasuistik partieller Resektion und spricht dabei folgendermaßen: „Es mag mir gestattet sein, im folgenden kurz über einen Fall zu berichten, welcher nicht nur die Berechtigung ergibt, bei doppelseitiger Geschwulstbildung der Ovarien in geeigneten Fällen nach Schroeders Vorschlag durch Resektion der erkrankten Teile des Eierstockes mit Erhalten des gesunden Restes zu operieren, sondern meines Erachtens sogar eine Verpflichtung zu diesem Vorgehen aus sich ableiten läßt. — 30. Mai 1890 Operation . . . . Das linke Ovarium war gänseeigroß. An seinem Hilus befand sich ein noch völlig erhaltener Streifen normalen Gewebes. Durch eine lange Klammer wurde es zur Herstellung der Blutleere gegen die etwas vergrößerte, sonst normale, an ihrem abdominalen Ende offene Tube abgeklemmt. Darauf wurde

alles Kranke abgetragen und der bleibende Streifen normalen Eierstockgewebes mit Katgutfäden vereinigt, einige Gefäße wurden isoliert unterbunden. Es blieb jetzt ein Stück Ovarium von 3—4 mm Dicke und 4 cm Länge zurück. Dasselbe wurde versenkt, die normale Lagerung der Teile hergestellt und die Bauchhöhle geschlossen. Die Patientin wurde nach glatter Genesung in ihre Heimat entlassen. Am 7. April 1892 stellte sich die Patientin wieder bei mir vor. Die Menses waren nach der Operation regelmäßig wiedergekehrt. Seit dem 22. August vorigen Jahres waren dieselben infolge eingetretener Schwangerschaft ausgeblieben. Die Schwangerschaft verlief durchaus normal. Nach späterer schriftlicher Mitteilung erfolgte am normalen Schwangerschaftsende die spontane Geburt eines lebenden Kindes. Ich habe der vorstehenden Mitteilung, die für sich selbst spricht, nichts hinzuzufügen."

Interessante Berichte von Sutton und Gordon bringt der Jahresbericht für Geb. und Gyn. 1896: Sutton führte wegen multilokulärer Zystone eine doppelseitige Ovariotomie aus bei einer 28jährigen Patientin, die nach der Geburt eines Kindes 6 Jahre steril verheiratet war. Bei der Geburt war bereits ein rechtsseitiger Tumor am Ovarium festgestellt worden. Der Stiel wurde beiderseits am Uterushorne ligiert und dann auf der einen Seite mit dem Paquelin, auf der anderen Seite scharf durchtrennt und hierauf der Uterus mit zwei Silkwornsuturen nach Anfrischung der peritonealen Oberfläche ventrofixiert. Ungefähr 1½ Jahr später Geburt eines ausgetragenen Kindes und etwa nach dem gleichen Zeitraume erfolgte die Geburt eines zweiten Kindes. Über die Verhältnisse der Menstruation wird von Sutton nichts angegeben.

In einem von Gordon berichteten Falle ließ sich nicht genau feststellen, ob, wie die Frau behauptete, seitens eines anderen Operateurs wirklich beide Ovarien entfernt waren. Jedenfalls war nach der Operation die Menstruation sehr unregelmäßig und erfolgte nur in sehr langen Pausen. Etwa 4 Jahre nach der Operation erfolgte die Geburt. — Im zweiten Falle hatte Gordon selbst wegen Beschwerden und profuser Menstruation beide Ovarien entfernt, von denen das rechte stark vergrößert war. Obwohl bei der Operation angenommen wurde, daß die Ovarien vollkommen entfernt seien, blieb die Menstruation regelmäßig, und zwei Jahre nach der Operation gebar sie am Ende der Schwangerschaft. „Zweifellos müssen in beiden Fällen Teile eines Ovariums zurückgeblieben sein; es fragt sich nur, wie gelangt das Ei in den Uterus? Die einzige, bekanntlich auch experimentell festgestellte Erklärung ist die, daß die im Stumpf ligierte Tube wieder wegsam wird."

Hier haben wir also drei Fälle, die allerdings ungewollt in den Bereich unseres Themas fallen, aber mindestens ebenso geeignet sind, die Gegner der konservativen Methode zu bekehren.

Auch der Jahresbericht von 1897 bringt aus einem amerikanischen Journal einen Fall, wo bei doppelseitiger Ovariotomie in dem einen Stumpf des Ovars noch etwas vom Parenchym zurückblieb, so daß die Menstruation wieder auftrat. Später konzipierte die Frau und kam spontan nieder. Im Wochenbett fühlte man rechts anscheinend ein normales Ovarium, links war der Stumpf deutlich zu fühlen.

In einem Vortrage zu Wien äußerte sich Gersuny etwas näher über die Indikation für eine konservative Behandlung. Er bringt 3 Fälle, in denen 2 der Patien-

tinnen nachher wieder gravid geworden sind. Er berichtet zunächst über die Operation und sagt: „Vor etwa 8 Jahren operierte ich ein junges Mädchen wegen einer großen Ovarialzyste; in dem anderen Ovarium saß eine wallnußgroße Zyste. Ich resezierte die Hälfte des Ovariums mit der Zyste und ließ die andere Hälfte zurück; die Patientin verheiratete sich später und wurde gravid; sie abortierte, wie ich kürzlich erfuhr, etwa im fünften Monat der Schwangerschaft. Im Laufe der Jahre kamen mir wiederholt ähnliche Fälle vor, in welchen ich mich jedoch nach Exstirpation des großen Tumors in dem anderen Ovarium begnügte, wenn es sich um eine kleine Zyste handelte, so daß der größte Teil des Ovariums erhalten blieb. — Vor ¾ Jahren assistierte ich Herrn Kollegen Fleischmann bei der Operation einer großen, ovariellen Dermoidzyste; als sich auch an dem Ovarium der anderen Seite ein hühnereigroßes Dermoid fand, wurde auf meine Bitte die Ausschälung der Geschwulst gemacht. Nach Inzision des Überzugs der Geschwulst ließ sich die Ausschälung leicht bewerkstelligen, so leicht etwa wie die Ausschälung eines Atheroms am behaarten Kopfe. Der zurückbleibende Defekt wurde durch einige Hefte vereinigt, und das Ovarium hatte dann die Form eines normalen Organs. Die Operierte wurde nach einigen Monaten gravid, die Schwangerschaft verläuft normal." — Hier stellt Gersuny die Frage, bei welchen Geschwulstbildungen man resezieren kann, ohne die Patientin der Gefahr eines Rezidivs und womöglich einer zweiten Operation auszusetzen, und beantwortet sie dahin, daß bei Ca, beim papillären Cystom und beim oberflächlichen Papillom man unbedingt jeden Ovarialrest und das andere, auch gesunde Ovar, radikal wegnehmen müßte, denn diese Geschwulstbildungen stellen sich

in dem scheinbar gesunden Ovarium später doch ein. Dagegen sind einfache und Dermoidzysten verhältnismäßig harmlose Gebilde, bei denen es nur einer einfachsten Enukleation bedarf.

Lange Zeit hindurch waren die Ansichten, ob man radikal oder konservativ operieren solle, sehr geteilt. Matthäi, Schauta u. a. sprachen sich dahin aus, konservativ vorzugehen, wenn die Neubildungen am Ovarium nicht zu groß seien, so daß man noch normales, funktionstüchtiges Parenchym makroskopisch unterscheiden könne; um diese Zeit machte Menge die Beobachtung, daß Patientinnen noch menstruierten, bei denen es sich dann bei der Operation herausstellte, daß makroskopisch vom Eierstocks-Parenchym nichts mehr wahrzunehmen war. Es ist ja auch erklärlich, daß, solange die geringsten Reste von Ovarialsubstanz vorhanden sind, die Periode nicht ausbleiben kann; dies beweisen am besten die Beobachtungen von Gordon; auch Schroeder hat einmal bei starken Verwachsungen eine Kastration vorgenommen, und trotzdem ist die Menstruation erhalten geblieben. Über gleiche Erfahrungen berichtet das Zentralblatt für Gyn., 1921, II, wo in einem Falle nach doppelseitiger Ovariotomie noch eine Schwangerschaft beobachtet worden ist. Diese und andere nicht so seltene Beobachtungen, so führt das Zentralblatt weiter aus, zeigen, daß nach sicher vollständiger Entfernung beider Eierstöcke die Menstruation bestehen blieb, und ebenso blieben die Ausfallserscheinungen aus. Als Erklärung bleibt nur übrig die Annahme, daß eben im Körper an anderer Stelle noch funktionierende Eierstocksubstanz vorhanden war, also überzählige Ovarien oder Ovarialgewebe. So sind z. B. am lig. ovarii Partikelchen von funktionstüchtigem Ovarialstroma gefunden worden. Derartige Beobachtun-

gen brachten also Menge auf den Gedanken, bei der Operation noch schonender vorzugehen, und möglichst viel Gewebe in der Hilusgegend zurückzulassen, um so etwa noch vorhandene Reste des Parenchyms zu erhalten. Die Operation wird so ausgeführt, daß an der Basis des Tumors in seine Wand ringsherum ein Einschnitt gemacht wird, um dann die eingeschnittene äußere Haut herunterzuziehen, bzw. den Tumor, an dem nur eine ganz dünne Wand gelassen wird, herauszuschälen. Es bleibt eine dünne, zwei- bis fünfmarkstückgroße Platte zurück, deren Wundfläche gefaltet und vernäht wird, so daß ein längliches, wurstförmiges Gebilde zurückbleibt.

Im Zentralblatt von 1909 bringt Zacharias, der diese Mengesche Operation veröffentlicht, 4 Fälle; darunter ist allerdings nur einer, bei dem eine Gravidität eingetreten ist. In einem Falle war der Erfolg ein negativer, wie auch Zacharias selbst zugibt. Aber dieser Mißerfolg vermag ihn, wie er zum Schluß sagt, den übrigen temporären oder dauernd guten Resultaten gegenüber nicht zu entmutigen. Er werde in geeigneten Fällen weiter versuchen, jungen Personen die Menstruation und Konzeptionsfähigkeit nach dem Verfahren von Menge zu erhalten.

Auch in der gynäkologischen Klinik zu Köln wurde nach diesem Verfahren gearbeitet, und Löhnberg, der u. a. über einen so operierten Fall mit nachfolgender Gravidität berichtet, spricht dem Verfahren von Menge seine volle Berechtigung zu.

Freund, der die Ignipunktur gar nicht erwähnt, findet das Verfahren von Schroeder-Martin und das von Menge noch unvollkommen. In der Mehrzahl der Fälle entwickeln sich die Zystome am Eierstockspol, oder allgemeiner gesagt, in den peripheren Ab-

schnitten des Eierstocks; in diesem Falle sind die Methoden von Schroeder und Menge die gegebenen. Menge äußert sich sogar in dem Sinne, daß funktionsfähiges Stroma so gut wie nur am Hilus ovarü zu finden sei, während das vom Hilus entfernte, von der Geschwulst mitgenommene Stroma durch Druckatrophie vernichtet sei und für eine konservative Operation wohl kaum in Frage käme. Demgegenüber hat Freund an Hand von Abbildungen und Präparaten bewiesen, daß die Zystome auch am Hilus ovarü entstehen können, und daß in dem Falle dann normales, funktionsfähiges Ovarienparenchym dem Zystom wie eine Kappe aufsitzt. Während also die Mengesche Operation eine solche Parenchymplatte als atrophisch entfernt, sucht es die Freundsche zu erhalten. Daß Freund damit recht hatte, beweist am besten der Fall, den er 1915 im Zentralblatt veröffentlicht hat, und in dem noch nachher eine Gravidität eingetreten ist. Der Fall möge uns gleichzeitig die Methode veranschaulichen: „Bei einer 22jährigen Frau, die einmal 4 Jahre vor der Aufnahme normal niedergekommen war, wurde im September 1913 eine enorm große Blasenmole ausgeräumt. Dabei wurden doppelseitige, faustgroße Ovarialtumoren konstatiert, zu deren Operation 11 Tage nach der Geburt geschritten wurde. Nach dem Bauchschnitt zeigte sich der puerperale Uterus noch fast faustgroß, das linke Ovarium total in ein Polyzystom verwandelt, das rechte ähnlich, die Tuben normal. Der linksseitige Tumor wurde radikal entfernt, das gegen faustgroße, rechtsseitige, nicht adhärente Polyzystom eventriert, nach guter Abdeckung der Bauchhöhle, median längs bis auf den Hilus inzidiert und bei minimaler Blutung aufgeklappt. Nach Entfernung des schleimig-blutigen Inhaltes sah man nun

sofort ein gegen 2 cm langes, 1½ cm hohes Stück Ovarialsubstanz mit normalen Follikeln nicht weit vom Ansatz des Stieles in der Tumorwand sitzen. Es wurde mit der Schere umschnitten, im Zusammenhang mit dem (natürlich nicht behandelten) Stiel gelassen und mit dünnen Seidenfäden fortlaufend übernäht. Fieberlose Heilung. — Die Tumoren erwiesen sich als gewöhnliche Pseudomucincystome und ließen nichts von den bei Blasenmole mehrfach beschriebenen Luteinzysten erkennen. — Die Patientin wurde zehn Monate nach der Ovariotomie schwanger. Während der Gravidität wurde sie in regelmäßigen Abständen untersucht und stets gesund und bei normalem Verhalten befunden. Am 15. Mai 1915 gebar sie in der Hebammenschule ohne Kunsthilfe, rechtzeitig, ein kräftiges Mädchen und verließ mit diesem die Anstalt am 9. Tage des Wochenbettes."

Wie also der Fall zeigt, wird durch die Freundsche Methode der Frau die Konzeptionsfähigkeit noch erhalten, im Gegensatz zur Mengeschen, die in diesem Falle ein bindegewebiges Stück Wand am Hilus konserviert und den gesunden Parenchymrest des Ovariums entfernt hätte. Ergänzend sei noch hinzugefügt, daß die Hemisektion auch noch den Vorteil bietet, daß der Operateur das aufgeklappte Ovarium — nach Säuberung vom Inhalt — besser besehen und betasten, also die Wände nach Stromaresten bequemer und rascher absuchen kann.

Hieran anschließend sei die Sitzung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geb. u. Gyn. erwähnt, wo Freund einen Vortrag über seine neue Methode der Ovariotomie hält. Dazu, daß Freund seine Hemisektion eine „neue" Methode der Ovariotomie nennt, und zu der Erwiderung Menges, daß es sich bei dem Freundschen Vorgehen nur um eine unwesentliche

Modifikation der von ihm angegebenen Methode handele, sei in der Literatur 20 Jahre zurück — die oben erwähnte Stelle aus dem Bericht des Zentralblattes über Pozzis Arbeiten sei nochmals wiederholt: „..... bei der ödematösen Form der mikrozystischen Oophoritis bringt er eine Spaltung, eine „Hemisektion" in Anwendung ....."

Auf genanntem Kongreß ergreift u. a. auch Walcher-Stuttgart das Wort zugunsten der konservativen Ovariotomie. Er sagt: „Auch ich habe seit Jahrzehnten versucht, bei Ovarialoperationen noch Reste funktionierenden Gewebes zurückzulassen. Welch kleine Mengen dafür nötig sind, um Gebärfähigkeit zu erhalten, zeigten mir verschiedene Fälle. In einem Falle vor 26 Jahren, wo die Patientin ihre drei Kinder verloren hatte, suchte ich mit Mühe noch ein kaum erbsengroßes Stückchen zu erhalten, so daß mein damaliger erster Assistenzarzt meinte, damit werde die Frau nicht mehr viel anfangen können. Und doch hat die Frau noch 2 Kinder, 1 Knaben und 1 Mädchen, geboren, das inzwischen, wie ich hörte, auch schon wieder geboren hat. Das kleine Stückchen hat also reichliche Früchte getragen." Ein Bericht wie dieser dürfte gewiß geeignet sein, auch die größten Skeptiker zugunsten der parenchymerhaltenden Operation zu bekehren.

Um auch einen Vertreter der gegenteiligen Ansicht sprechen zu lassen, sei Nacke erwähnt. Er berichtet über einen Fall, in dem er eine Ovarienresektion gemacht hat, mit dem Erfolg, daß die Patientin später gravid wurde und regelrecht geboren hat. Im übrigen wendet er sich gegen die konservierende Methode, ohne allerdings triftige Gründe anzuführen. Wenn er „aus dem kleinsten sehr bald wieder weitere Neubildungen entstehen" sah, so dürfte es wohl daran

gelegen haben, daß die Neubildungen maligner Natur waren und also radikal hätten entfernt werden müssen. Gersuny, Freund z. B. sprachen sich dahin aus, daß Dermoid-, Retentions- und Corpus luteum-Zysten (ev. Pseudomucin-Zystadenome) als harmlose Gebilde anzusehen wären, während alle ca-verdächtigen Gebilde, papillären Zystome und oberflächliche Papillome radikal beiderseits zu entfernen wären. Und wenn Nacke glaubt, „daß das Bewußtsein, einen Tumor radikal entfernt zu haben, mehr wert ist, als das doch fragliche Geschenk, der Frau die Periode und die Möglichkeit der Schwangerschaft erhalten zu haben" —, so ist es mehr als fraglich, ob ihm viele darin recht geben werden. Seiner Behauptung, daß er nach doppelseitiger Ovariotomie auch bei ganz jungen Frauen nie erhebliche Ausfallserscheinungen gesehen hat, werden so und so viele die Gegenbehauptung aufstellen, sie hätten ganz erhebliche Störungen bei den Frauen gesehen. Nackes Ausführungen dürften also als wenig stichhaltig anzuführen sein.

Der Vollständigkeit halber sei hier noch Matthäi angeführt, der mehrfach die doppelseitige Ovariotomie ausgeführt hat, wobei in 5 Fällen noch nachher Gravidität eingetreten ist.

Ferner bringt Beuttner-Genf noch einen Fall, in dem nach einseitiger Salpingo-Ovariotomie und partieller Resektion des anderen Ovariums noch Schwangerschaft und Geburt eingetreten ist.

Wenn wir nun kurz das Wesentliche obiger Ausführungen zusammenfassen, so finden wir, daß die konservierende Ovariotomie ziemlich allgemein im Gebrauch ist. Und wenn diese Methode noch manche Gegner hat, daß also manche mit dieser Operation schlechte Erfahrungen gemacht haben, so dürfte es wohl in erster Linie darauf zurückzuführen sein, daß

sie bei der Indikationsstellung — ob gut — oder bösartig — nicht das Richtige getroffen haben. Was die Methode anlangt, — Ignipunktur, Resektion, Enukleation, Hemisektion —, so dürfte es wohl nicht von so entscheidender Bedeutung sein, welche Methode man anwendet; positive Resultate hat jede Methode aufzuweisen. Ist es dem Operateur in erster Linie darum zu tun, der Frau die Konzeptionsfähigkeit zu erhalten, so wäre wohl der Freundschen Methode als der konservativsten, der Vorzug zu geben. Zur Indikation sei gesagt, daß Dermoid-, Retentions- und Corpus luteum-Zysten (ev. Pseudomucin-Zystadenome) als harmlose Gebilde anzusehen sind; Dermoidzysten haben überhaupt nie die Malignität, die diesen als „Embryomen, Teratomen" vielfach zugesprochen wird; sie kommen bei Jugendlichen, Virgines, doppelseitig vielfach vor und können ganz gut in diesem Falle mit Ausschälung behandelt werden, und daß ca-verdächtige Neubildungen, papilläre Zystome und oberflächliche Papillome radikal zu entfernen sind. Was die prinzipiellen Bedenken gegen die nicht radikalen Operationen an den Ovarien anlangt, so sagen viele Autoren, z. B. auch Hermann Freund, daß Rezidive nach Zurücklassung von Ovarialsubstanz nicht häufiger auftreten, als bei Ovariotomie überhaupt. In zweifelhaften Fällen dürfte die Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit und die Aussicht auf Nachkommenschaft vielleicht entscheidend in die Wagschale fallen. Die oben angeführten 45 Fälle mit Gravidität im Gefolge dürften wohl zur Genüge gezeigt haben, daß die konservierende Ovariotomie ein ungefährlicher Eingriff ist, und daß eine nachfolgende Gravidität und Geburt als höchstes und erstrebenswertes Ziel jedem Operateur vorschweben müßte.

* * *

Zum Schluß ist es mir ein Bedürfnis, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Fraenkel, für die freundliche Überlassung der Arbeit, für seine entgegenkommende Unterstützung und für seine vielfachen Anregungen, sowie Herrn Dr. Hermstein für seine freundlichen Ratschläge hier nochmals meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

L. Fraenkel, Krankengeschichte aus der Privatklinik. — Schroeder, Zeitschrift für Geb. u. Gyn., Bd. 11, S. 338—364. — Martin, Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gyn. zu Breslau, 1893, S. 244—245. — Sippel, Zentralblatt für Gyn., 1893, S. 43. — Pippinyskjöld, Zentralblatt für Gyn., 1880, S. 389. — Pippinyskjöld, Zentralblatt für Gyn., 1880, S. 413. — Sutton u. Gordon, Jahresbericht für Geb. u. Gyn., 1896, S. 488, und 1897, S. 198. — Gersuny, Zentralblatt für Gyn., 1899, S. 138. — Pozzi, Zentralblatt für Gyn., 1897, S. 978. — Zacharias, Zentralblatt für Gyn., 1909, S. 337; 1905, S. 1017 und 1905, S. 1602 u. 1607. — Löhnberg, Zentralblatt für Gyn., 1915, S. 297. — Nacke, Zentralblatt für Gyn., 1913, S. 875. — Freund, Zentralblatt für Gyn., 1914, S. 985 und 1915, S. 523. — Wallcher, Beiträge zur Geb. u. Gyn., Erg.-Heft 1915, S. 114. — Unterberger, Archiv für Gyn., Bd. 110, S. 216. — Zentralblatt für Gyn., 1921, II, S. 1007.

Lebenslauf.

Ich, Isidor Gawliczek, bin geboren den 8. Februar 1892 zu Hohenbirken bei Ratibor (jetzt Brzezie, Kreis Rybnik), wohnhaft in Breslau, preußischer Staatsangehöriger. Bis zu meinem 12. Lebensjahre besuchte ich die Volksschule in Hohenbirken, darauf das humanistische Gymnasium zu Ratibor, das ich Oktober 1913 verließ. Seit Frühjahr 1914 besuchte ich die Bankfachschule in Heidelberg. Bei Ausbruch des Weltkrieges meldete ich mich als Kriegsfreiwilliger in Brieg (Bezirk Breslau). Am 12. Oktober 1914 kam ich an die Ostfront nach Ostpreußen, geriet nach dem 7. Gefecht in russische Gefangenschaft und kam nach Ostsibirien. 1920 kehrte ich über Wladiwostok auf dem Seewege zurück und kam im Juni in Deutschland an. Oktober 1920 bezog ich die Universität zu Breslau und beendete 1925 mein medizinisches Staatsexamen.